TITRES ET TRAVAUX



DE

J. VANVERTS

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

TITRES

Externe des hôpitaux de Lille, 1889.

Externe des hôpitaux de Paris, 1891.

Interne provisoire, 1893.

Interne titulaire, 1894.

Moniteur de trachéotomie (Hôpital Trousseau), 1894.

Docteur en médecine, 1897.

Lauréat des hôpitaux de Paris. { Accessit du concours de l'internat (second interne), 1894. Médaille d'argent du concours des prix de l'internat (chirurgie), 1897.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris. Prix de thèse. Médaille d'argent, 1898.

Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Marjolin-Duval), 1899.

Encouragement de l'Académie de médecine (Prix Amussat), 1899.

Membre adjoint, 1896.
Membre correspondant, 1900. } de la Société Anatomique.

Membre de la Société centrale de médecine du département du Nord, 1899.

Membre de l'Association française de Chirurgie, 1899.

Médaille de vermeil du Ministère de l'intérieur (Typhus. Hôtel-Dieu), 1893.

Médaille de bronze de l'Assistance publique. (Externat, 1894. — Internat, 1898.)

Admissible aux épreuves définitives du concours d'Agrégation de Chirurgie, 1898.

ENSEIGNEMENT

Direction d'une conférence d'internat (en collaboration avec MM. MESLAY et O. PASTEAU). Hôtel-Dieu, 1894-1895.

Conférences et démonstrations pratiques d'anatomie, faites à l'Amphithéâtre des hôpitaux, 1895-1896.

Conférence cliniques, quotidiennes, aux stagiaires, sous la direction de M. le Dr CH. MONOD, à l'hôpital Saint-Antoine, 1896, 1897, 1898.

PUBLICATIONS DIDACTIQUES

L'Appendicite (en collaboration avec M. le Dr MONOD), voir p. 21.

Traité de technique opératoire, 2 vol. (en collaboration avec M. le Dr MONOD).

Sous presse.

TABLE ANALYTIQUE

I. — ANATOMIE CHIRURGICALE

II. — OBSTÉTRIQUE

III. — CHIRURGIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE CHIRURGICALE

Du trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 31 mars 1897, et *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, mai-juin 1897, nº 3, p. 509.

Les recherches que j'ai entreprises sur ce sujet, et dont le résultat a été communiqué à la Société de chirurgie par mon maître, M. le Dr Ch. Monod, ont abouti aux conclusions suivantes :

Le cul-de-sac costo-diaphragmatique n'a pas un trajet constant.

Au point de vue *anatomique*, on peut donner la description suivante qui répond au trajet le plus fréquent du cul-de-sac. Le cul-de sac costo-diaphragmatique, ayant abandonné le bord du sternum, longe le 6e espace intercostal, croise le 7e cartilage costal à quelques millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale, la 8e côte près de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à 2 ou 3 centim. en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales ; il atteint ensuite la 11e côte à 11 centim. de la ligne des apophyses épineuses, à une distance de 2 à 4 centim. de l'extrémité antérieure de la côte.

Au point de vue *chirurgical*, il serait imprudent de se baser sur ce trajet moyen du cul-de-sac pleural. Étant donné qu'il s'agit de connaître ce qu'on peut enlever du rebord inférieur du thorax sans s'exposer à léser la plèvre, il faut tenir compte, pour éviter tout accident opératoire, de son trajet le plus bas.

La description chirurgicale de ce cul-de-sac sera donc la suivante : après avoir abandonné le bord du sternum et longé le 6e espace intercostal près du bord supérieur du 7e cartilage, le

cul-de-sac croise le 7e cartilage costal à 15 millim. en avant de la 7e articulation chondro-costale, le 8e cartilage à 7 millim. en

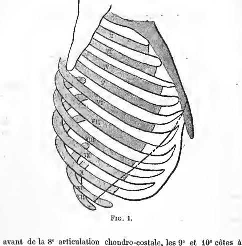


Fig. 1.

avant de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à 10 millim. en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales ; il atteint alors la 11e côte à 10 millim. de son extrémité antérieure (fig. 1).

II. — OBSTÉTRIQUE

Ascite congénitale et dystocie fœtale consécutive (en collaboration avec M. Ramond). — *Bull. Soc. anatomique*, 28 février 1896, p. 152.

L'ascite fœtale (en collaboration avec M. Ramond). — *Rev. d'obstétrique et de pédiatrie*, mai-juin 1896, p. 146.

L'ascite congénitale est une affection rare qui peut être une cause de dystocie fœtale. C'est au moment où le tronc doit être expulsé que la descente du fœtus s'arrête; et, quand l'ascite est abondante, l'expulsion ne se termine que si on ponctionne l'abdomen distendu.

La pathogénie de l'ascite fœtale est encore très obscure. Tantôt l'ascite est accompagnée d'épanchements séreux des plus variables, soit chez la mère et le fœtus, soit chez le fœtus seulement; tantôt elle existe seule à l'exclusion de toute hydropisie. Dans ce dernier cas on a trouvé et considéré comme cause de l'ascite une lésion des reins, du péritoine, du foie (hépatite syphilitique, cirrhose atrophique). Nous avons observé une ascite fœtale pure coexistant avec une cirrhose hypertrophique non syphilitique, que nous avons rattachée à une origine infectieuse ou toxique.

III. — CHIRURGIE

A. — VOIES RESPIRATOIRES

Plaie de la portion thoracique de la trachée, consécutive à une plaie du cou par un instrument tranchant et piquant. — *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx...*, mars 1898, p. 230.

La situation exceptionnelle de cette plaie trachéale s'expliquait par la direction toute spéciale que l'individu, voulant se suicider, avait donnée au couteau dont il s'était servi. Les gros vaisseaux de la partie supérieure du médiastin avaient été respectés.

Un cas de corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison (en collaboration avec M. Octave Pasteau). — *Bull. de la Soc. anat.*, 17 janvier 1896, p. 38, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1896, p. 27.

De l'intubation du larynx dans le croup (en collaboration avec M. R. Meslay). — *Rev. mens. des malad. de l'enfance*, mars 1895, p. 118.

Ce travail est l'exposé des résultats obtenus par le tubage et la trachéotomie à l'hôpital Trousseau pendant les mois qui suivirent l'introduction du sérum antidiphtérique dans le traitement du croup. Les conclusions que nous formulions alors sont restées vraies et sont actuellement généralement adoptées. Les voici en quelques mots :

Le tubage ne peut être considéré comme le mode de traitement parfait et unique du croup. S'il doit être souvent employé et préféré à la trachéotomie, celle-ci reste malgré tout son auxiliaire,

parfois indispensable, et dans certains cas le procédé de choix. L'intubation, en effet, est une opération plus facils, expose moins aux rétrécissements de la trachée, ne détermine pas de cicatrice cutanée, et donne des résultats généralement bons dans le traitement du croup ; mais elle pent être insuffisante pour le rejet des fausses membranes trachéales, le tnbe pent s'obstruer ou être rejeté dans un effort de toux, et cet accident nécessite la présence constante d'un aide expérimenté auprès du malade.

B. — TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle.
Annales de médecine, 12 décembre 1895.

Le stomatite mercurielle étant une lésion essentiellement infectiense, son traitement doit être basé sur l'emploi des antiseptiques. Au chlorate de potasse, dont l'action est souvent nulle, on devra préférer le chloral, l'acide phénique, etc..., comme le prouvent les observations que nous avons rapportées.

Phlegmon sublingual (angine de Ludwig) à pneumocoques
(en collaboration avec M. Macaigne). — *Presse méd.*, 29 juillet 1896, p. 360.

Le phlegmon sublingual (angine de Ludwig) se présente en général avec un caractère de septicité qu'il doit à la qualité de germes infectieux qui l'engendrent. On y trouve ordinairement le streptoooque et le staphylocoque qui proviennent de la cavité buccale.

Dans un cas de phlegmon sublingual nous avons trouvé le pneumocoque; la virulence de celui-ci avait été suffisante pour déterminer une mort très rapide par septicémis.

Divers microorganismes sont donc susceptibles de produire l'angine de Ludwig. Leur virulence extrême, qui est la cause

principale de la gravité de cette affection, est probablement due aux associations microbiennes qu'on trouve notées dans la plupart des observations.

C'est aux saprophytes, qui coexistent avec les microbes pathogènes, que sont dues la fétidité des exsudats et la gangrène.

Ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau-né. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 1900, p. 101; et *Echo méd. du Nord*, 1900, p. 139.

Sur un enfant nouveau-né on constata, deux jours après la naissance, l'existence d'un abcès mentonnier et sus-hyoïdien, qui s'était ouvert spontanément par un très petit orifice au niveau du bord libre de la lèvre inférieure. Cet abcès fut incisé largement. Un mois après, une petite collection purulente s'ouvrait au niveau de la partie médiane de l'arcade alvéolaire inférieure, puis un petit séquestre s'éliminait en ce point.

En l'absence d'antécédents syphilitiques, on se trouve embarrassé pour interpréter ce cas. Peut-être s'est-il agi d'une infection transmise par la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine.

Du procédé de Villar dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1899, t. XXV, p. 812. Rapport de M. Ch. Monod.

De la cure radicale de la herne inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar. — *Écho méd. du Nord*, 1899, n° 43, p. 505.

Pour obvier aux inconvénients de l'emploi des fils perdus, résorbables et non résorbables, dans la cure radicale de la hernie inguinale, on a proposé des manœuvres diverses sur le sac et l'usage de fils temporaires, non résorbables. Cette méthode, dont les procédés sont déjà nombreux, a jusqu'ici donné des résultats excellents, qui méritent d'attirer l'attention.

Parmi les procédés proposés, celui de Villar est certainement le plus simple : il consiste à réunir à l'aide d'un seul plan de sutures, en avant du cordon rejeté dans le tissu cellulaire sous-

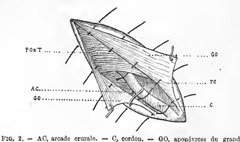


FIG. 2. — AC, arcade crurale. — C, cordon. — GO, aponévrose du grand oblique. — PO et T, petit oblique et transverse. — TC, tendon conjoint.

péritonéal, tous les plans de la région du canal inguinal (fig. 2). Ce procédé, que j'ai légèrement modifié, ne m'a donné aucune récidive sur 19 cas.

Invagination intestinale. Expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au mésentère et non gangrenée. — *Bull. Société anatomique*, 10 mai 1895, p. 425.

Le boudin invaginé (fig. 3), qui comprenait les dernières anses grêles, le cæcum et le côlon ascendant, fut expulsé spontanément après une période d'occlusion intestinale complète, pendant laquelle des adhérences solides s'étaient établies entre l'intestin grêle et le gros intestin au niveau du collier de l'invagination. La mort étant survenue quelques jours plus tard à la suite d'une entérite, on constata que la portion postérieure du cylindre interne du boudin invaginé n'avait pas été expulsée et ne s'était pas mortifiée, grâce à sa continuité avec le mésentère (fig. 4). Malgré la persis-

tance de cette partie du cylindre interne, les matières pouvaient

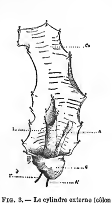


Fig. 3. — Le cylindre externe (côlon ascendant) du boudin a été sectionné dans presque toute son étendue par une incision longitudinale.

A, Appendice cæcal; *A'*, stylet pénétrant dans l'orifice de l'appendice; *Co*, côlon ascendant; *C*, cæcum; *I*, intestin grêle; *I'*, stylet pénétrant dans l'intestin grêle par l'orifice iléo-cæcal.

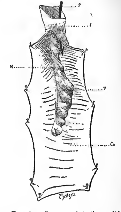


Fig. 4. — Le gros intestin a été sectionné longitudinalement jusqu'au niveau du point où il est soudé à l'intestin grêle.

I, Intestin grêle; *Co*, côlon; *F*, flèche passant de la cavité de l'intestin grêle dans celle du gros intestin; *V*, boudin intra-cæcal avec ses valvules conniventes et une portion du mésentère (*M*).

passer du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde. — *Bull. Société anatomique*, 20 novembre 1896, p. 797.

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde (en collaboration avec M. le Dr Ch. Monod). — *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1897, p. 170.

La péritonite, qui succède à une perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, est en général diffuse et exceptionnellement circonscrite. Sa gravité est considérable (90 à 95 p. 100 de mortalité), et bien douteux sont les cas de guérison spontanée.

Préconisée pour la première fois par Leyden en 1884 et mise en pratique l'année suivante par Lucke, la laparotomie pour péritonite consécutive à une perforation de la fièvre typhoïde a été faite actuellement 27 fois à notre connaissance. Nous en avons relaté un cas personnel (1).

Sur 17 cas d'intervention pour perforation typhique, nous avons noté cinq guérisons, soit une mortalité de 81,5 p. 100 (2).

Les lésions péritonéales étaient diffuses, sauf dans deux cas, où l'on obtint, du reste, la guérison. La mortalité de la laparotomie pour péritonite typhique *généralisée* s'élève ainsi à 88 p. 100.

Quatre des cas terminés heureusement concernent des perforation survenues tardivement; un seul se rapporte à une perforation produite pendant la période d'état de la dothiénentérie. On voit donc l'importance qu'acquiert le stade de la fièvre typhoïde où survient la perforation sur le pronostic de l'intervention.

Les faits montrent, en outre, la nécessité d'une opération précoce.

La mort, dont nous avons vu la fréquence, survient du fait de la continuation de la péritonite à laquelle s'ajoute l'intoxication générale antérieure, ou par suite de la production de perforations nouvelles.

(1) Le nombre des cas de laparotomie pour perforation typhique serait, d'après quelques statistiques, plus considérable que celui que nous indiquons ; mais plusieurs cas notés comme concernant des perforations typhiques sont sujets à caution, et nous avons cru préférable de les éliminer, tout en en donnant un résumé. (*Cette remarque se rapporte à l'époque où notre travail a été publié.*)

(2) 77, 5 p. 100, si l'on compte les cas dans lesquels les renseignements sont incomplets.

La laparotomie doit être conduite rapidement. L'incision sera en général faite sur la ligne médiane, la perforation obturée avec deux ou trois plans de suture, la cavité péritonéale lavée et drainée.

Bien que les résultats de la laparotomie ne soient pas très encourageants, surtout dans les cas de fièvre typhoïde à la période d'état, il faut y recourir toutes les fois que le malade semble capable de supporter l'opération, car c'est le seul moyen qu'on ait de le sauver.

Cancer latent de l'intestin. — *Bull. Société anatomique*, 3 février 1893, p. 97.

Appendicite.

Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée. *Bull. Société anatomique*, 22 février 1895, p. 137.

Il s'agit d'un cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation d'un abcès péri-appendiculaire. Cette perforation fut probablement due aux contractions intestinales déterminées par l'ingestion d'un purgatif.

Appendicite à répétition. Perforation de l'appendice à la troisième attaque; péritonite généralisée. — *Bull. Société anatomique*, 17 avril 1896, p. 280.

Cette péritonite généralisée, survenue dans une troisième attaque d'appendicite, à la suite de la perforation de l'appendice dans la grande cavité péritonéale, montre l'impossibilité de porter un pronostic de moins en moins grave, d'après la répétition des poussées appendiculaires, et la nécessité d'enlever l'appendice en dehors des crises quand on constate cliniquement la persistance de lésions au niveau de cet organe.

Appendicite avec phénomènee péritonitiquee très marqués. Traitement médical. Guérison (In thèse de Lamotte, Lille, 1899, p. 13).

Appendicite toxique. Ouverture d'un abcès péri-appendiculaire. Mort (*ibidem*, p. 24).

Du diagnostic différentiel de l'étranglement interne et des diverses formes de l'appendicite. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, 1899.

L'appendicite sous toutes ses formes peut simuler l'étranglement interne, qu'il s'agisse d'appendicite avec péritonite généralisée, d'appendicite avec tuméfaction iliaque, d'appendicite simple sans tuméfaction iliaque. Même en ce dernier cas, dont j'ai observé un exemple et dans lequel le diagnostic présente certaines difficultés, on peut éviter l'erreur en se basant principalement sur l'existence d'une défense musculaire et d'une hyperesthésie cutanée localisées à la fosse iliaque droite dans l'appendicite.

De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (en collaboration avec M. Termet). — *Gazette des hôpitaux*, 9, 11, 16 et 20 mars 1897).

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs faits d'appendicite dans lesquels les symptômes douloureux et réactionnels étaient surtout ou uniquement développés dans la partie gauche de l'abdomen, nous avons constaté que l'attention n'avait guère été appelée de ce côté. De l'étude des 18 cas que nous avons trouvés disséminés dans la littérature médicale, nous avons tiré les conclusions suivantes :

Les raisons de la prédominance des signes à gauche sont de plusieurs ordres.

Dans certains cas, il s'est développé un abcès péri-appendiculaire à gauche, soit que le cæcum siège à gauche par suite d'une

inversion ou d'un arrêt de migration, soit que, naissant à droite, l'appendice se prolonge anormalement de l'autre côté, s'y enflamme ou s'y perfore.

Dans un second ordre de faits, l'inflammation atteint un appendice normalement situé, et, bien qu'un abcès se soit développé autour de lui, il peut en exister un autre du côté gauche.

Il peut s'agir enfin d'une péritonite généralisée dont le maximum des lésions siège à gauche.

Dans quelques cas, la cause de la prédominance des symptômes à gauche reste inconnue.

On comprend sans peine les difficultés du diagnostic dans ces cas complexes. Dans la majorité des faits heureusement elles n'auront pas d'influence fâcheuse sur la conduite à tenir. En présence d'une péritonite généralisée d'origine quelconque, le seul traitement consiste à pratiquer la laparotomie, médiane ou latérale. Si les symptômes sont localisés à gauche, on incisera en ce point et on se comportera comme dans toute ouverture d'abcès péritonéal circonscrit.

Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Avantages de l'incision vaginale (en collaboration avec M. le Dr CH. MONOD). — *Arch. gén. de méd.*, 1898, v. II, p. 513.

L'abcès pelvien d'origine appendiculaire peut se présenter dans deux conditions différentes : A. Il accompagne et complique un abcès péri-appendiculaire situé dans la fosse iliaque. — B. Il existe seul et est uniquement ou surtout pelvien.

A. — Dans le premier cas, on fera l'incision iliaque, classique, qui permettra d'évacuer la collection abdominale, principale. Le foyer pelvien sera ouvert et drainé par la même voie.

Si l'on craint que le drainage de l'abcès pelvien soit insuffisant, on pratiquera, s'il s'agit d'une femme adulte et même d'une jeune fille, une contre-ouverture vaginale et un drainage abdomino-vaginal. C'est parfois dans un second temps opératoire et en présence

du mauvais résultat donné par l'incision sus-pubienne, qu'on aura recours à la voie vaginale.

B. — Dans le second cas, c'est l'incision vaginale qui doit être préférée, quand elle est praticable.

La voie rectale n'est qu'un pis aller, qu'il faut réserver aux cas où l'ouverture spontanée par le rectum est imminente.

S'il s'agit d'un homme ou d'une petite fille, on est obligé d'aborder l'abcès pelvien par la voie abdominale, en prenant la précaution de décoller le péritoine jusqu'au niveau ou au-dessous du détroit supérieur, avant de l'inciser. C'est dans ces conditions qu'on pourrait essayer l'incision ou la contre-incision et le drainage de la collection par *la voie ischio-rectale*, proposée par M. Aug. Pollosson d'après des recherches d'amphithéâtre.

L'Appendicite (en collaboration avec M. le Dr Ch. Monod). — Un vol. de l'Encyclopédie scientifique des *Aide-mémoire*, 1897.

Cette monographie a été écrite dans un but didactique. Il nous a semblé, en effet, que nous ferions ainsi œuvre utile à une époque où le grand nombre des travaux publiés, les opinions diverses et souvent contradictoires, rendaient complexe et difficile l'étude des accidents liés à l'inflammation de l'appendice.

L'accord étant loin d'être fait sur certains points, nous avons été amenés, en nous appuyant sur les nombreux faits qu'il nous a été donné d'observer, à discuter et à essayer de résoudre quelques questions en litige.

C'est ainsi que l'étude de la pathogénie de l'affection nous s conduits à admettre : 1° des appendicites consécutives à une affection des voies digestives (appendicites par propagation) ; 2° des appendicites de cause locale (appendicites par cavité close due à un calcul stercoral, un corps étranger quelconque, une torsion, un étranglement, une sténose acquise ou congénitale de l'appendice) ; 3° des appendicites de cause générale.

En ce qui concerne la thérapeutique de l'appendicite, nous nous sommes déclarés éclectiques, et nous avons estimé, contrairement

à l'avis d'un certain nombre de médecins et de chirurgiens, qu'il n'existe pas qu'un seul mode de traitement de cette affection et que traitement médical ou traitement chirurgical doivent être employés de préférence suivant les circonstances.

Foie.

Deux cas de rupture du foie. — *Bull. Soc. anatomique*, 2 octobre 1896, p. 628.

L'un de ces cas concerne une rupture très étendue du foie, ayant amené la mort par hémorrhagie en une heure et demie. Dans le second, la mort ne survint qu'au bout de 24 heures et aurait pu être évitée par une intervention précoce.

Rupture du foie. — *Bull. Société anatomique*, 12 mars 1897, p. 243.

Des ruptures du foie et de leur traitement. — *Archives générales de médecine*, janvier 1897.

Les ruptures du foie ne sont graves que par leurs complications, dont la principale est l'hémorrhagie.

Leur diagnostic est parfois possible, mais souvent reste incertain pendant quelque temps. Le diagnostic des complications (hémorrhagie, péritonite, abcès du foie) est heureusement plus aisé.

Le traitement à instituer (abstention avec thérapeutique générale des contusions abdominales ou intervention) devrait donc être basé sur l'existence ou l'absence de ces complications. Mais dans la pratique, le problème est plus complexe; et, à la suite d'une contusion abdominale ou thoraco-abdominale, on reste fréquemment dans le doute au sujet de l'existence des lésions viscérales, intestinales ou autres.

Nous appuyant sur l'analyse de 22 cas de laparotomie pour contusion du foie, dont nous donnons le résumé et le tableau, nous

nous rangeons à l'opinion des partisans de l'intervention précoce et systématique dans toutes les contusions abdominales. Cette pratique, qui a donné d'excellents résultats, est d'autant plus autorisée qu'elle s'appuie sur l'innocuité de la laparotomie exploratrice faite asceptiquement et rapidement dans les cas de ce genre.

De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques (en collaboration avec M. le Dr Monod). — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mai-juin 1897, p. 499.

La résection extra-pleurale du rebord costal permet, comme l'a montré M. le professeur Lannelongue, de découvrir largement la face convexe du foie et de traiter les collections suppurées ou kystiques de cette région. M. Lannelongue avait pu ouvrir par cette voie quatre collections tuberculeuses sous-phréniques; M. Pantaloni avait par le même procédé incisé un abcès de la face supérieure du foie. Dans un cas opéré par M. Charles Monod, nous avons constaté tout le parti qu'on pouvait tirer de cette méthode dans l'ouverture des kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie.

Nous avons à ce sujet fait quelques recherches cadavériques qui nous ont permis de donner une description simple et précise de cette intervention, qui comprend les temps suivants :

1° Incision de la peau et des parties molles sous-cutanées, partant de l'angle xipho-costal et se terminant sur le rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure.

2° Libération de la face antérieure du rebord costal.

3° Section des cartilages costaux et des côtes : huitième cartilage à 1 centimètre de l'articulation chondro-costale correspondante, neuvième et dixième côtes au niveau des neuvième et dixième articulations chondro-costales ; écornement de l'angle arrondi formé par le septième cartilage costal (fig. 5).

Quand les articulations chondro-costales ne sont pas visibles, la résection costale doit être pratiquée suivant une ligne droite ou légèrement courbe à concavité supéro-externe, commençant au-dessus de l'extrémité antérieure du 8e cartilage et se termi-

nant sur le bord inférieur du rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure (fig. 6).

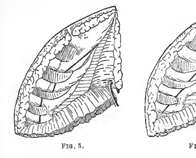


FIG. 5. FIG. 6.

4° Désinsertion des muscles (transverse et diaphragme), qui s'insèrent à la face profonde du volet réséqué (fig. 7).

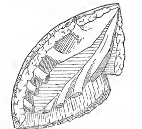


FIG. 7.

5° Section de la cloison formée par ces deux muscles.

6° Ouverture de la collection intra-hépatique après les précautions d'usage pour protéger la grande cavité péritonéale. Dans les

cas de collections sus-hépatiques, ca sixièma temps sa confond avec le cinquième.

La méthode de la résection extra-pleurale du rebord costal est préférable : 1° à l'incision simpla transpéritonéale ou abdominale da Landau, qui ne convient qu'aux lésions situées à la partie antérieure de la face convexe du foia ; 2° à la résection costale transpleuro-péritonéala d'Israël, qui entraîna nécessairement (sauf en cas d'adhérences plaurales) l'ouverture de la granda cavité pleurale.

Rate.

De la splénectomie. Thèse de doctorat. Steinheil, Paris, 1897 (1).

De la splénectomie. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1898.

En nous basant sur l'axamen de 280 cas de splénectomie, dont treiza inédits, nous avons pu discutar, à propos des différentes lésions de la rata, les avantages at les inconvénients de la splénectomie et aboutir à des conclusions assez fermes que nous nous bornons à rappeler ici.

La suppression des fonctions da la rate ne présente aucun danger pour l'homme et pour les animaux. Il est probable, mais non démontré, que les gauglions lymphatiques et la moelle osseuse remplacent la rata au point da vue de l'hématopoièsa.

Les difficultés et accidents qu'on rencontra parfois au cours da la splénectomie sont presque toujours dus à l'axistence d'adhérences périspléniques. Leur libération prolonge notablement l'aota opératoire et détermina fréquemment des hémorrhagias. Celles-ci se présentent dans certains cas (paludisma at surtout leucémie) avec des caractèras gravas d'abondance et d'incoercibilité. Aussi doit-on, en se basant sur ce fait, renoncar à enlever touta rate dont l'ablation paraît présenter des dangers sérieux et se contenter d'une axosplénopexia ou d'une laparotomia exploratrica dont

(1) Thèse couronnée par la Faculté de médecine de Paris (médaille d'argent) et par la *Société de Chirurgie* (prix Marjolin — Duval).

l'influence peut être favorable. L'absence d'adhérences, que l'on reconnaît cliniquement par l'existence d'une mobilité plus ou moins considérable de la rate, et l'ectopie splénique constituent des facteurs très favorables à l'opération.

Les résultats que donne la splénectomie sont très encourageants, soit qu'elle supprime une rate blessée ou infectée, soit qu'elle enlève un kyste ou une tumeur. On peut dire qu'elle est, lorsqu'elle est praticable, supérieure à tous les procédés (ligature des vaisseaux spléniques, splénopexie, détorsion d'un pédicule tordu, exosplénopexie) qui ont été proposés pour la remplacer et dont les indications sont représentées par les contre-indications de l'intervention radicale.

Les lésions traumatiques (plaies, ruptures, hernies) de la rate ont longtemps été considérées comme relevant seules de la splénectomie.

Cette opération est plus rarement indiquée dans les suppurations spléniques.

Elle est l'intervention idéale dans les kystes simples ou hydatiques.

Elle est indiquée dans tous les cas où une splénomégalie paludique, source de troubles intenses, a résisté au traitement médical, et elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même.

Dans les autres tumeurs ou hypertrophies chroniques de la rate, la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats ; mais elle ne doit être entreprise que si elle ne semble pas faire courir de dangers sérieux au malade.

L'existence de la leucémie vraie la contre-indique d'une façon absolue, sauf, peut-être, au premier stade de l'affection. Dans ce dernier cas, elle paraît capable de procurer quelque amélioration, mais jamais la guérison.

Le manuel opératoire ressemble à celui de l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales. En raison de la hauteur, souvent considérable, du pédicule splénique, du volume des vaisseaux qu'il renferme et de la vascularisation des adhérences qu'on a pu déchi-

rer, on prendra grand soin de pratiquer une hémostase sûre et complète au niveau de ce pédicule et de la loge splénique.

Note bactériologique à propos des effets de la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques (en collaboration avec M. le Dr Carrière). — *C. R. Soc. de biol.*, 25 mars 1899, p. 244.

A l'état normal, la rate du chien, du lapin et du cobaye renferme des espèces microbiennes variées. Fait important, les microbes qu'on peut isoler ont toujours une virulence nulle ou très atténuée.

Modifications histologiques du sang après la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques (en collaboration avec M. le Dr Carrière). — *C. R. Société de biologie*, 29 décembre 1900, p. 1134.

Les effets de la ligature totale et de la ligature partielle des vaisseaux spléniques diffèrent absolument.

La ligature partielle ne produit qu'une très légère oligocythémie, une très légère diminution des hématoblastes, des petits lymphocytes et des grandes cellules mononucléaires sans granulations, ainsi que de l'hémoglobine.

La ligature totale produit une oligocythémie beaucoup plus persistante, une diminution plus marquée des hématoblastes, une leucocytose à myélocytes plus durable, avec diminution persistante des petits lymphocytes sans granulations et des grandes cellules mononucléaires.

Étude sur les lésions produites par la ligature expérimentale des vaisseaux de la rate (en collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, juillet 1899, p. 498.

Les lésions qui se produisent au niveau de la rate après la ligature de ses vaisseaux varient essentiellement suivant que cette ligature porte sur la totalité des vaisseaux ou sur quelques-uns d'entr'eux.

1° *Ligature de tous les vaisseaux qui se rendent à la rate.* — La ligature de tous les vaisseaux spléniques s'obtient en liant en masse tout le pédicule splénique. La rate, privée de toute irrigation sanguine, présente des lésions variables : tantôt il s'agit d'une *dégénérescence des éléments cellulaires* constitutifs du parenchyme splénique, *sans altération de la trame, sans suppuration* ; tantôt la rate a subi *la dégénérescence graisseuse*; tantôt enfin — et c'est ce qu'on observe le plus souvent — elle présente une *transformation caséo-purulente*.

L'interprétation de ces lesions nous a paru être la suivante : aussitôt l'intervention opératoire, il s'établit un processus réactionnel, inflammatoire, qui aboutit à la constitution d'adhérences épiploïques. Dans la gangue cellulo-adipeuse, la réaction se poursuit ; la rate, qui y est désormais emprisonnée, va jouer le rôle d'un corps étranger. De là : 1° afflux leucocytaire ; 2° néoformation capillaire ; 3° apparition des plasmazellen. En même temps, le centre du parenchyme splénique se nécrose.

Les néocapillaires de la gangue cellulo-adipeuse ne tardent pas à se diriger vers la capsule, et, par bourgeonnement, ils l'atteignent la pénètrent et entrent ainsi dans le parenchyme splénique. En même temps, les phagocytes s'efforcent de pénétrer dans la rate. Une fois dans la place, les uns vont jouer le rôle de convoyeurs et se charger des débris cellulaires dégénérés ou des produits de destruction des globules rouges ; les autres vont s'organiser et constituer, avec les cellules du réticulum irritées et proliférées, une barrière de sclérose qui essaiera de limiter le flot montant de la transformation purulente.

2° *Ligature de quelques vaisseaux* (artère splénique ou ses branches terminales). — En ce cas, c'est l'*atrophie simple de la rate par raréfaction des éléments cellulaires* qu'on observe. La rate continue à vivre ; mais elle végète.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

FIG. 1. — Ligature de tout le pédicule vasculaire de la rate. Coupe de la paroi de la poche caséeuse, coloration à la thionine phéniquée et l'acide picrique. Reichert, obj. 6, oc. 4.

a, tissu cellulaire sous-péritonéal ; *b*, capsule de la rate ; *c*, couche des cellules embryonnaires et des vaisseaux de néoformation, cellules et pigments ; *d*, tissu de sclérose ; *e*, tissu splénique résidual ; *f*, matière caséeuse

FIG. 2. — Ligature de l'artère splénique. Coupe de la rate, thionine phéniquée, alcool picrique. Reichert, obj. 6, oc. 4.

p, capsule ; *c*, *l*, corpuscules lymphoïdes.

Fig 1

f
e
d
c
e
a



De la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques et dans les hémorrhagies de la rate (en collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Rev. de gynécol. et de chir. abdominale*, 1899, nº 5, p. 885.

Cette opération n'a été exécutée que quatre fois : trois fois pour tumeur de la rate dans le but d'amener son atrophie, une fois pour une hémorrhagie splénique.

La plupart de ces observations sont malheureusement dépourvues d'intérêt.

I. Ligature atrophiante. — Cette ligature peut porter sur tous les vaisseaux de la rate ou sur quelques-uns d'entr'eux seulement.

1º *Ligature de tous les vaisseaux de la rate.* — Cette ligature, *idéale*, est relativement facile à l'état normal ; elle devient plus difficile, mais elle est encore praticable, dans le cas d'hypertrophie splénique sans adhérences ou avec peu d'adhérences. La seule indication de cette ligature atrophiante étant l'existence d'adhérences importantes contre-indiquant la splénectomie, ce sont ces cas qu'il faut uniquement envisager. Or, dans ces conditions, la ligature de tout le pédicule splénique est particulièrement dangereuse. L'étude des résultats expérimentaux et des accidents consécutifs à la torsion du pédicule splénique, qui constitue une ligature spontanée du pédicule de la rate, doivent, à défaut de faits cliniques concernant directement cette question, faire rejeter cette opération qui n'est, en somme, qu'une intervention palliative.

2º *Ligature de quelques vaisseaux de la rate.* — Sans être toujours facile, cette ligature peut généralement être exécutée sans exposer l'opéré à trop de dangers. Les renseignements fournis par l'expérimentation font espérer que cette opération donnera des résultats favorables.

II. Ligature hémostatique. — Cette ligature ne constitue qu'un pis aller dans les cas où, la plaie ou la déchirure de la rate étant

trop importante pour qu'on puisse espérer arrêter l'hémorrhagie par l'emploi de moyens simples (tamponnement, sutures, etc...), les adhérences péri-spléniques, dues à une lésion antérieure de l'organe, contre-indiquent la splénectomie.

C'est à la ligature de l'artère splénique ou de quelques-unes de ses branches, et non à la ligature de tout le pédicule de la rate, qu'il faut recourir. En raison de la division de la rate en un certain nombre de départements artériels indépendants les uns des autres, la ligature d'une seule branche artérielle suffit à assurer l'hémostase d'une déchirure produite au niveau du territoire splénique que ce vaisseau irrigue.

C. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Rein.

Tuberculose du rein gauche. — *Bull. Société anatomique*, 12 mars 1897, p. 244.

Tuberculose suppurée du rein, ayant déterminé des hématuries abondantes et ayant amené la mort rapide malgré la néphrotomie.

Guérison d'une tuberculose du rein par transformation graisseuse totale de l'organe (en collaboration avec M. le Dr MACAIGNE). — *Bull. Société anatomique*, 7 mai 1897, p. 405, et 18 février 1898, p. 173.

Appareil génital de l'homme.

Torsion d'un testitule en ectopie. Éclatement de l'épididyme (en collaboration avec M. le Dr MACAIGNE.)— *Bull. Société anatomique*, 1er avril 1898.

Sous l'influence de l'augmentation de pression intra-épididy-

maire, due à la stase veineuse, l'épididyme avait éclaté (fig. 8) et du

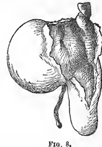


Fig. 8.

sang s'était épanché dans le canal péritonéo-vaginal.

Prothèse testiculaire. — Deux observations in thèse de Veuillac (*Étude sur la prothèse testiculaire*), Paris, 1899, n° 657.

Dans un premier cas, je plaçai dans les bourses, après castration pour tuberculose orchi-épididymaire, un testicule en *aluminium* qui fut très bien supporté par les tissus.

Dans un second cas, j'eus l'idée, avec mon collègue Pasteau, d'employer un testicule en *caoutchouc durci*, qui, par son poids et sa consistance, rappelait absolument un testicule normal. Malheureusement, notre intervention fut suivie d'échec : la plaie s'infecta et on dut enlever l'appareil prothétique. Mon maître, M. Arrou, utilisa plus tard un testicule de même nature et obtint un succès complet.

Étiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine uréthrale et non blennorrhagiques (en collaboration avec M. MACAIGNE). — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1896, p. 673.

Le traumatisme (choc direct, effort) ne joue qu'exceptionnellement le rôle d'une cause déterminante dans la pathogénie des orchi-épididymites.

La pathogénie des orchites de cause générale et diathésiques est assez mal connue pour la plupart d'entre elles. Quelques-unes de ces orchites semblent être d'origine uréthrale, au moins dans certains cas (orchi-épididymites typhique et ourlienne).

L'infection ascendante d'origine uréthrale est la cause de beaucoup la plus fréquente des orchi-épididymites.

Les uréthrites dites traumatiques, gonococciques, non gonococciques (vénériennes ou non vénériennes) se compliquent, en effet, fréquemment d'inflammation orchi-épididymaire. Le groupe des orchi-épididymites d'origine uréthrale et non gonococciques augmentera certainement quand on prendra soin d'examiner au point de vue bactériologique le muco-pus des uréthrites, considéré à priori et parfois à tort comme gonococciques. C'est ainsi que nous avons observé un cas d'uréthrite à bacille de Friedländer, compliquée d'épididymo-folliculite suppurée, due au même microbe.

Le microorganisme de l'orchi-épididymite peut être différent de celui de l'uréthrite initiale. Il semblerait, d'après les recherches d'Hugonencq et Eraud, que l'épididymite dite gonococcique ne serait pas due au gonocoque, mais à un microbe spéciale, l'orchiocoque.

Observation de cancer du testicule. In JUNIEN LAVILLAUROY. *Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule.* Thèse de Paris, 1898.

Appareil génital de la femme.

De la dilatation digitale, extemporanée, du col de l'utérus. — *Écho méd. du Nord*, 17 sept. 1899, p. 450.

A défaut de dilatateur à branches ou de bougies d'Hegar, on peut dilater extemporanément le col de l'utérus à l'aide du doigt, pourvu que l'orifice externe soit entr'ouvert. Le doigt, auquel on imprime des mouvements de propulsion et de rotation, agit comme une bougie d'Hegar et détermine une dilatation suffisante pour permettre l'examen digital de la cavité utérine ou le passage d'une curette.

Contribution à l'étude du curettage utérin dans les rétentions placentaires. — *Écho méd. du Nord*, 22 janvier 1899, p. 37.

Étude basée sur seize observations.

La conclusion est que le curettage pour rétention placentaire, complète ou incomplète, avec ou sans infection, est une opération très efficace, simple, bénigne si elle est pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie avec les précautions nécessitées par l'état de ramollissement du muscle utérin.

Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine. — *Bull. Société anatomique*, 13 décembre 1896, p. 753.

C'est probablement à la présence du fibrome implanté sur une corne de l'utérus qu'a été dû dans ce cas le développement de la grossesse extra-utérine.

Des indications de l'hystérectomie abdominale totale. Revue générale. — *Gaz. des hôp.*, 3 et 10 décembre 1898, p. 1273 et 1302.

Épithéliome polykystique bilatéral de l'ovaire. Rétention d'urine due à la compression de l'urèthre par une des tumeurs développée dans la cavité pelvienne. *Bull, Société anatomique*, 24 juillet 1896, p. 562.

Deux cas de kyste dermoïde de l'ovaire. 1° kyste bilatéral ; 2° volumineux kyste développé chez une femme âgée. — *Bull. Société anatomique*, 16 octobre 1896, p. 642.

Le premier cas se distingue par la bilatéralité des lésions et par la situation médiane des kystes, l'un en avant, l'autre en arrière de l'utérus.

Le second concerne un kyste développé chez une femme de 57 ans et renfermant environ dix litres de liquide.

D. — THORAX

Squirrhe à noyaux disséminés intra-mammaires. — *Bull. Société anatomique*, 11 décembre 1896, p. 882.

Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique. — *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1896, p. 758.

E. — MEMBRES

Autopsie d'un double pied bot varus équin d'un fœtus de 8 mois (en collaboration avec M. Fernand Monod). *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 oct. 1896, p. 1002.

La dissection de ce pied bot nous a montré qu'il s'agissait en

somme d'une subluxation du scaphoïde sur l'astragale par exagération du varus physiologique. Cette luxation fut consécutive à une contracture des jambiers ou à une paralysie de leurs antagonistes. La moelle épinière présentait des lésions très nettes.

Cette subluxation avait déterminé, au niveau de l'astragale surtout, des déformations osseuses telles que la réduction n'aurait pu être obtenue qu'à l'aide d'une opération s'attaquant au squelette ou aux ligaments.

Étude expérimentale de l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures (en collaboration avec M. le Dr Carrière). *C. R. de la Soc. de biol.*, 2 juin 1900, p. 535.

Étude clinique et expérimentale sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures (en collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 1900, p. 201, et *Écho méd. du Nord*, 1900, p. 283.

De l'examen de vingt-cinq observations recueillies dans la littérature médicale, il résulte que la question de l'opothérapie thyroïdienne dans la consolidation des fractures récentes ou anciennes est encore très obscure. Deux points seuls restent acquis : c'est d'abord que le traitement thyroïdien donne dans certains cas des résultats surprenants, « foudroyants » ; c'est ensuite qu'il échoue complètement dans d'autres. La cause de cette variabilité d'action est actuellement inconnue.

Nous avons recherché l'action de la thyroïdine sur la consolidation des fractures produites expérimentalement chez les animaux. De deux séries d'expériences, il ressort très nettement que chez le lapin l'administration de la thyroïdine ne hâte en aucune façon la consolidation des fractures.

Corps thyroïde et fractures. De la consolidation des fractures chez les hypothyroïdiens. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 1901, p. 19, et *Nord méd.*, 1901, p. 10.

Étude entreprise pour tâcher d'élucider le rôle du corps thyroïde dans la consolidation des fractures. On peut, en effet, se demander, avec Hertoghe et Gauthier, si l'atrophie du corps thyroïde (hypothyroïdie) n'entraîne pas un retard dans la consolidation des fractures. Or, de l'enquête que nous avons entreprise auprès des médecins d'asiles d'aliénés et de colonies d'idiots et de chirurgiens exerçant dans les pays à goitre (enquête qui repose sur 37 réponses), il résulte : 1° que les fractures sont rares chez les hypothyroïdiens ; 2° que les fractures semblent se consolider chez eux d'une façon normale.

Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, 1899, p. 431, et *Écho méd. du Nord*, 1899, p. 625.

Quatre observations de luxation sus-acromiale de la clavicule (in thèse de Bouchet, Paris, 1900).

De l'étude de 4 cas personnels de luxation sus-acromiale de la clavicule, je conclus que le massage donne d'excellents résultats dans le traitement de cette affection. Il est toutefois incapable de faire disparaître la déformation et il est contre-indiqué dans les cas de luxation complète.

L'intervention sanglante doit être exécutée de la façon suivante : incision longeant le bord antérieur de la clavicule et de l'acromion, ablation des cartilages articulaires, perforation des os à une certaine distance des extrémités osseuses, emploi de fil très solide. Après l'opération, il ne faut immobiliser l'épaule que très peu de temps.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1896, p. 757.



Fig. 9.

Le fragment inférieur comprend l'épitrochlée, la trochlée et le condyle (fig. 9).

Fracture extra-capsulaire du fémur chez une femme de 76 ans, traitée par l'appareil d'Hennequin. — *Bull. Société anatomique* 9 avril 1897, p 334.

Cette fracture qui, suivant la classification habituelle, devrait être rangée dans la variété des fractures mixtes, était en réalité extra-capsulaire puisque le foyer de fracture était séparé de l'articulation par les fibres récurrentes de la capsule.

Fracture eus et inter-condylienne du fémur traitée par l'appareil d'Hennequin (fig. 10). — *Bull. Société anatomique*, 22 mai 1896, p. 379.

Nous avons pu constater à l'autopsie de ce malade, mort de broncho-pneumonie, que la réduction et la contention des fragments de la fracture étaient parfaites.

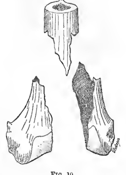


FIG. 10.

Fracture par cause directe dee 2e, 3e et 4e métatarsiens. Cal vicieux formant une aaillie douloureuse à la plante du pied. — *Bull. de la Soo. centrale de méd. du Nord*, 1900, p. 363.

Le cal vicieux était dû à un déplacement notable des fragments antérieurs en dehors et en bas (fig. 11).

Un caa de mal perforant traité et guéri par l'élongation des nerfs. *Travaux de neurol. chir.*, 1899, p. 161.





Fig. 11.

Enchondrome de la phalange et de la phalangine du petit doigt. *Bull. Société anatomique*, 26 février 1897, p. 210 (fig. 12).

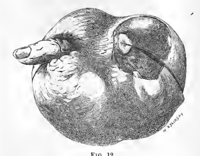


Fig. 12.

Saroome du fémur à marche aiguë avec fièvre. — *Bull. Société anatomique*, 27 décembre 1895, p. 775.

L'évolution très rapide de ce sarcome et la coexistence de la fièvre firent penser à une ostéomyélite et pratiquer une incision libératrice qui détermina une hémorrhagie considérable.

Deux cas de sarcomatoee généralieée, eurvenue rapidement après l'extirpation d'un sarcome dee partiee molles de la plante du pied et d'un sarcome de la peau de la cuisse. — *Bull. Société anatomique*, 1er avril 1898.

La mort survint deux mois et demi et sept mois après l'intervention.

Kyste hydatique de l'os iliaque et du fémur. — *Bull. Société anatomique*, 29 janv. 1897 (fig. 13 et 14), p. 130.

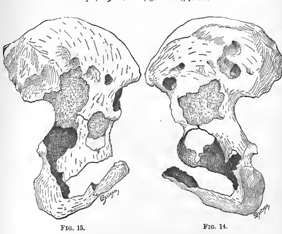


Fig. 13. Fig. 14.

Le fémur, devenu fragile, s'était fracturé à deux reprises. Longtemps on avait cru à l'existence d'une coxalgie, et le diagnostic exact ne fut posé qu'au moment d'une intervention sanglante.

F. — VARIA

Étude critique et expérimentale sur la stérilisation des éponges (en collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Arch. prov. de chir.*, 1900, p. 337.

Dans ce travail, basé sur un grand nombre d'expériences, nous avons recherché les résultats donnés par les différents procédés utilisés jusqu'ici et qu'on peut diviser en deux groupes, suivant qu'ils s'adressent à la *chaleur* ou aux *antiseptiques* comme mode de stérilisation.

1° Chaleur. — La *chaleur humide* (ébouillantement simple ou séjour à l'autoclave) met les éponges hors d'usage. Il en est de même pour la *vapeur d'alcool surchauffée*. La *chaleur sèche* (20 minutes à 120°) ne donne pas une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie. Le *chauffage discontinu* est insuffisant.

2° Antiseptiques. — Les vapeurs de *formol* ne stérilisent pas les éponges. La solution d'*acide phénique* à 5 p. 100 et celle de *sublimé* à 1 p. 1000 ne donnent des résultats certains qu'après un temps assez long. L'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes, même étendue de trois fois son volume d'eau, permet d'obtenir rapidement une asepsie parfaite.

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 9 janvier 1896, p. 25.

Dans les accidents graves de l'anesthésie, la trachéotomie peut agir de deux façons différentes, soit en permettant l'accès de l'air dans le poumon dans les cas où les voies aériennes supérieures sont obstruées, soit en déterminant un réflexe qui réveille la respiration et la circulation, comme nous en avons observé un cas.

A ce double titre, la trachéotomie constitue une méthode précieuse, à laquelle il faut recourir quand les procédés habituels ont échoué.

Injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. Pas d'analgésie. Intoxication prolongée (en collab. avec M. le Dr CARRIÈRE). — *Echo méd. du Nord*, avril 1901.

De l'intervention chirurgicale dans les adénies. — *Ve Congrès franç. de méd.*, Lille, 1899, p. 428.

L'opinion de la plupart des auteurs sur le rôle du chirurgien en présence d'une adénie est que l'intervention est toujours inutile et qu'elle peut être nuisible. Cette manière d'envisager la question nous semble trop radicale. Si, en effet, toute intervention est frappée de stérilité dans les cas où la lésion n'est plus cliniquement localisée, soit qu'il existe de la leucémie, soit que les tumeurs soient multiples, il n'en est pas nécessairement ainsi quand le lymphadénome est circonscrit à un organe.

Les observations prouvent que dans ces conditions la guérison ou, du moins, une survie notable est possible. Il faut donc s'efforcer d'intervenir de bonne heure, de façon à se mettre dans les meilleures conditions possibles de réussite.

Collaboration aux *Annales de médecine* (1895) et à la *Revue des sciences médicales* (1897 et 1898).

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE